N° 197.
11

QUELQUES OBSERVATIONS

DE

MALADIES CÉRÉBRALES.

Thèse

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER,

LE 26 DÉCEMBRE 1837,

Par Jean-François THOMAS,
de Montpellier,
CHIRURGIEN CHEF-INTERNE DE L'HÔTEL-DIEU ET PROSECTEUR
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE,

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine.



A MONTPELLIER,
Chez JEAN MARTEL AÎNÉ, imprimeur de la Faculté de Médecine,
près l'Hôtel de la Préfecture, N° 10.

1837.

Faculté de Médecine

DE MONTPELLIER.

PROFESSEURS.

MM. CAIZERGUES, Doyen.	*Clinique médicale.*
BROUSSONNET, *Examinateur.*	*Clinique médicale.*
LORDAT.	*Physiologie.*
DELILE, *Suppléant.*	*Botanique.*
LALLEMAND.	*Clinique chirurgicale.*
DUPORTAL.	*Chimie médicale.*
DUBRUEIL.	*Anatomie.*
DUGES.	*Pathologie chirurgicale, Opérations et Appareils.*
DELMAS.	*Accouchements, Maladies des femmes et des enfants.*
GOLFIN.	*Thérapeutique et matière médicale.*
RIBES, Président.	*Hygiène.*
RECH.	*Pathologie médicale.*
SERRE.	*Clinique chirurgicale.*
BERARD.	*Chimie générale et Toxicologie.*
RENÉ.	*Médecine légale.*
RISUENO D'AMADOR.	*Pathologie et Thérapeutique générales.*

Professeur honoraire : M. Aug.-Pyr. DE CANDOLLE.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM. VIGUIER.
KÜNHOHLTZ.
BERTIN.
BROUSSONNET.
TOUCHY.
DELMAS.
VAILHÉ, *Suppléant.*
BOURQUENOD.

MM. FAGES.
BATIGNE.
POURCHÉ, *Examinateur.*
BERTRAND, *Examinateur.*
POUZIN.
SAISSET.
ESTOR.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MESSIEURS

LES ADMINISTRATEURS

des hospices et hôpitaux civils et militaire de Marseille,

BENSA, HESSE, OLLIVIER, FORTOU, LUCE, CHAILLET, DELEUIL-MARTINY.

Si votre bienveillance et votre sollicitude envers les chirurgiens chefs-internes de l'Hôtel-Dieu ne m'avaient déterminé à vous faire hommage de ce travail, votre conduite honorable pendant les trois épidémies qui ont désolé notre cité m'en aurait fait un devoir.

A MESSIEURS

CAUVIÈRE, **Professeur de Clinique externe;**

REYMONET et MARTIN,

Chirurgiens en chef de l'Hôtel-Dieu de Marseille;

SUE et DUCROS,

Medecins en chef de l'Hôtel-Dieu de Marseille.

Recevez l'expression sincère de mes remercîments pour l'instruction que j'ai puisée auprès de vous et pour la bienveillance que vous m'avez témoignée dans toutes les occasions.

THOMAS.

A MON PÈRE

ET

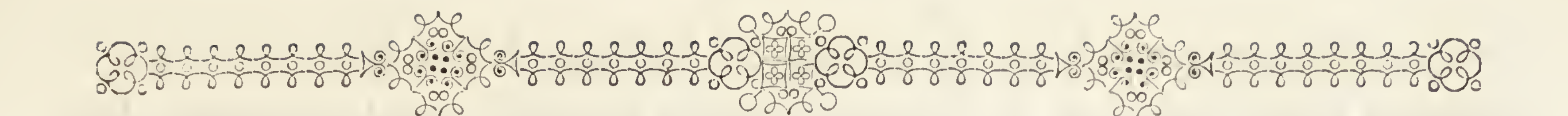
A MA MÈRE.

Reconnaissance éternelle pour les bienfaits dont ils m'ont comblé.

A MON FRÈRE ET A MA SOEUR.

Amour inaltérable.

THOMAS.



Quelques Observations

DE

MALADIES CÉRÉBRALES.

La pathologie du cerveau est bien moins avancée que celle des viscères thoraciques et abdominaux, et il est facile de se rendre compte de cette différence.

Les viscères abdominaux sont bien isolés, bien distincts les uns des autres; ils remplissent des fonctions bien connues. Les parois de la cavité qui les renferme, entièrement musculeuses, sont assez extensibles pour que l'un d'eux, acquérant un volume anormal, trouve à se loger, sans comprimer les organes voisins, au point de les gêner dans leurs fonctions; ces parois sont assez souples pour qu'on puisse, à l'aide de la vue ou du toucher, constater les changements survenus dans la position, le volume, la densité, la direction, la sensibilité, etc., de ces organes. Voilà bien des conditions favorables à l'étude de leurs maladies.

Les viscères thoraciques sont en petit nombre; leurs fonctions sont bien déterminées. Les pièces osseuses qui forment les parois de la poitrine sont séparées par des intervalles musculeux, dont le plus ou

moins de résonnance par la percussion indique des changements survenus à l'intérieur, et à travers lesquels l'oreille peut entendre les divers bruits qui résultent de l'entrée de l'air dans les bronches et les cellules pulmonaires, ou du sang dans les cavités du cœur ; circonstances qui facilitent prodigieusement le diagnostic des maladies de ces viscères.

Mais le cerveau, que l'on a long-temps considéré comme un seul et même organe, puisqu'on le coupait à tranches pour en étudier les diverses parties, est regardé actuellement et à juste raison comme un assemblage d'organes que l'on ne sait pas encore isoler, distinguer les uns des autres, et dont le nombre même n'est pas déterminé. Si les diverses fonctions du cerveau sont bien connues, on ne sait pas encore à quelle partie est dévolue telle ou telle de ces fonctions.

D'ailleurs, la cavité crânienne est uniquement formée par des os durs et épais, à travers lesquels il est impossible de constater les changements survenus dans le cerveau. Les parois en sont inextensibles, et la moindre accumulation de liquide, ou le moindre gonflement d'une partie du cerveau, suffit pour comprimer toute la masse cérébrale et enrayer toutes ses fonctions.

Aussi, malgré les travaux de MM. Lallemand, Rostan, Rochoux, Serres, Bouillaud, etc., les maladies du cerveau sont peu connues. Grâce à la précision si logique du premier de ces observateurs, on est bien parvenu à établir le diagnostic différentiel de l'arachnitis, de la cérébrite, de l'apoplexie, mais on n'est pas allé plus loin. Dans l'état actuel de la science, on ne sait pas même distinguer une affection du cerveau proprement dit, d'avec une affection du cervelet ou de la protubérance annulaire ; à plus forte raison, ne sait-on pas reconnaître quelle est la partie du cerveau qui est le siége d'un épanchement, d'une inflammation.

C'est par ces motifs que je me suis décidé à choisir, parmi les observations que j'ai recueillies à l'Hôtel-Dieu de Marseille, celles qui étaient relatives à la pathologie du cerveau.

PREMIÈRE OBSERVATION.

Congestion cérébrale dépendant de l'hypertrophie du ventricule gauche du cœur. — Saignées de la jugulaire coup sur coup. — Guérison.

Marie S..., âgée de 72 ans, d'une constitution robuste, est apportée à l'Hôtel-Dieu, vers les huit heures du soir, dans l'état suivant :

Contusion avec ecchymose à la région orbitaire du côté droit ; face injectée, pupilles dilatées ; perte complète des sens et de l'intelligence ; respiration bruyante avec râle muqueux à grosses bulles, battements du cœur forts, irréguliers, intermittents, se faisant entendre dans toute l'étendue de la poitrine et surtout du côté gauche ; pouls dur, irrégulier et intermittent ; immobilité parfaite ; cependant, quand on pince la malade, elle témoigne par ses mouvements qu'elle éprouve de la douleur.

Son fils nous raconte que vers midi elle a eu une attaque avec perte de connaissance ; que, transportée dans son lit, elle a fait une chute et frappé de la tête contre le pavé.

Diagnostic. Congestion cérébrale, avec hypertrophie du ventricule gauche du cœur.

Prescriptions. Saignée du bras de quatre palettes, lavement purgatif, sinapismes aux jambes.

Le lendemain matin point d'amélioration. La moutarde, qu'on a laissée trop long-temps appliquée, a produit des ulcérations à la peau. On se décide à tirer du sang de la jugulaire.

A sept heures, première saignée. Les symptômes disparaissent comme par enchantement, mais la guérison n'est pas de longue durée.

A dix heures, deuxième saignée. Même résultat ; nouvelle rechute.

A trois heures de l'après-midi, troisième saignée. La congestion cesse pour reparaître vers les six heures.

A huit heures du soir, quatrième saignée. Guérison définitive.

Chaque saignée était de quatre palettes.

Le troisième jour, on donne plusieurs bouillons à la malade, et les jours suivants on augmente l'alimentation d'une manière rapide ;

les plaies marchent vers la cicatrisation ; les forces reviennent. Au bout de trois semaines elle sort parfaitement guérie.

J'ai relaté cette observation, parce que 1° elle offre la coïncidence d'une hypertrophie du ventricule gauche du cœur avec une congestion cérébrale ; 2° elle montre l'efficacité des saignées coup sur coup ; 3° elle établit la supériorité de la saignée de la jugulaire sur celle du bras.

La coïncidence fréquente d'une hypertrophie du ventricule gauche du cœur avec une affection cérébrale a été constatée par un si grand nombre d'observateurs, qu'elle ne peut plus être révoquée en doute.

Si, d'un côté, on a exagéré les avantages des saignées coup sur coup, d'un autre côté on en a grossi les dangers. Voilà une femme de 72 ans, à qui, dans le court espace de vingt-quatre heures, j'ai soutiré la quantité énorme de 76 onces de sang! Eh! qu'est-il arrivé? La convalescence a été rapide, la guérison a été franche. La fin justifie les moyens.

Certes, sans la persévérance que l'on a mise dans l'emploi réitéré de la saignée, il n'est pas douteux pour moi que la femme n'eût succombé.

Je suis trop heureux, moi qui ai une prédilection pour la saignée de la jugulaire, que cette observation me permette d'établir entre cette saignée et celle du bras un parallèle tout en faveur de la première.

On tire du bras seize onces de sang huit heures après l'invasion ; point de résultat. Douze heures plus tard, on tire de la jugulaire la même quantité de sang, et les symptômes disparaissent comme par enchantement.

Il est inutile de rappeler que la différence dans les résultats de l'une et l'autre saignée tient à une raison anatomique que tout le monde connaît.

La saignée du cou, que l'on emploie journellement dans notre hospice avec tant de succès, ne saurait être trop préconisée contre les affections cérébrales.

Elle n'a aucun des inconvénients qu'on lui reproche dans les livres ; seulement il n'est pas toujours possible de pousser la saignée aussi loin qu'on le désire, à cause du petit calibre des vaisseaux. Je dois à la

vérité de dire que, chez la femme sujet de cette observation, j'ai rencontré deux veines très-saillantes sous la peau et dilatées outre mesure.

DEUXIÈME OBSERVATION.

Paralysie des extrémités supérieure et inférieure droites. — Mort. — Suppuration du corps strié gauche. — Léger ramollissement de la couche optique du même côté.

Un mousse, âgé d'environ seize ans, était malade à bord depuis vingt jours, lorsqu'il débarqua à Marseille, et se fit transporter à l'hospice pour s'y faire soigner d'une paralysie des extrémités supérieure et inférieure droites. Il nous raconta que depuis vingt jours il gardait le lit, qu'il avait eu beaucoup de fièvre et avait perdu peu à peu l'usage de la jambe et du bras droits. Il n'avait été soumis à aucun traitement, il avait seulement gardé la diète ; il jouissait d'ailleurs de toutes ses facultés intellectuelles.

Prescriptions. Plusieurs applications de sangsues à la tempe gauche et sur le trajet de la jugulaire du même côté ; point d'amélioration.

Le sixième jour de son entrée, cautère à l'apophyse mastoïde gauche, emploi de la strychnine en lavement.

Le vingtième jour, le membre inférieur a recouvré un peu de sensibilité et exerce de légers mouvements.

Le trente-sixième jour, ce membre a acquis assez de force pour soutenir le poids du corps et servir à la progression ; le bras est toujours dans le même état.

On était parvenu, en augmentant progressivement les doses, à administrer jusqu'à quatre grains de strychnine par jour, sans aucun inconvénient pour le malade dont l'état général était satisfaisant, lorsqu'une erreur déplorable amena en deux heures une mort violente, le quarantième jour de son entrée à l'hospice.

A l'autopsie, qui fut incomplète, parce que nous ne pûmes ouvrir que le crâne, nous trouvâmes le corps strié gauche recouvert d'une couche de pus rougeâtre et ramolli dans une partie de son épaisseur ; la couche optique gauche était légèrement ramollie, et ce n'était

qu'en la comparant à celle du côté opposé, dont le tissu était plus ferme, qu'on pouvait la regarder comme malade ; le reste du cerveau était dans l'état normal.

Que conclure de cette observation? que la paralysie du bras, qui avait persisté jusqu'à la mort, était sous la dépendance de la lésion du corps strié dont la surface était en suppuration ; tandis que la paralysie de la jambe, qui avait guéri, devait dépendre de la lésion du corps optique qui était légère et qui devait avoir été plus grave.

Ces conclusions sont directement opposées à l'idée généralement reçue et étayée sur un assez grand nombre de faits, que les corps striés sont les organes du mouvement des extrémités inférieures, tandis que les couches optiques président à ceux des extrémités supérieures. Cependant je puis assurer avoir bien observé les symptômes pendant la vie, et les lésions anatomiques après la mort.

Toutefois, il résulte de ce fait, que les corps striés et les couches optiques sont les organes qui président aux mouvements des membres.

TROISIÈME OBSERVATION.

Chute sur la tête. — Mort cinq heures après l'accident. — Epanchement sanguin autour du lobe antérieur et droit du cerveau. — Fracture de la base du crâne.

Le 10 juillet 1837, vers les trois heures de l'après-midi, le nommé S..., ouvrier maçon, était occupé à scier un auvent sur lequel il était debout les jambes écartées. Une partie de l'auvent s'étant détachée, il perdit l'équilibre, et fit une chute pour laquelle il fut porté à l'Hôtel-Dieu. Il était dans l'état suivant :

Plaie irrégulière et contuse à la partie gauche de l'occiput, qui ne comprend que la peau et le tissu cellulaire ; gonflement aux environs de la plaie, et notamment à l'apophyse mastoïde gauche ; hémorrhagie par l'oreille correspondante et par les deux narines ; face injectée, paupières recouvrant le globe de l'œil, pupilles se contractant légèrement ; sentiment et mouvement conservés dans les membres ; quand on pince ou presse vivement le malade, il prononce quelques paroles inintelligibles, et cherche avec ses mains à se défendre ; il ne répond

à aucune question. Respiration nette et régulière ; pouls régulier, assez fort, et offrant 70 pulsations par minute; température de la peau naturelle.

(Saignée du bras de six onces, glace sur la tête.) Le malade n'a pas un moment de repos; il s'agite dans son lit, au point qu'on est obligé de l'attacher pour l'empêcher d'en sortir; pouls plus fréquent, température de la peau plus élevée, respiration stertoreuse.

Saignée du bras de huit onces vers les huit heures du soir. Mort quelques minutes après.

Autopsie faite vingt-quatre heures après la mort. La plaie de l'occiput n'a intéressé que la peau et le tissu cellulaire; toute la région occipitale, ainsi que la région mastoïde gauche, sont infiltrées de sang; la dure-mère offre une teinte bleuâtre, l'arachnoïde et la pie-mère sont imbibées de sang; entre la dure-mère et l'arachnoïde existe une grande quantité de caillots sanguins, au-dessus, à côté et au-dessous de la partie postérieure du lobe antérieur de l'hémisphère droit du cerveau. La substance de ce lobe est, en quelques endroits, presque en bouillie et mélangée avec du sang; dans tous les points elle est moins consistante que celle du lobe correspondant de l'autre hémisphère; la dure-mère présente une plaque osseuse qui occupe toute l'étendue du corps calleux. Il existe une fracture, qui, commençant dans la fosse temporale gauche, longe le rocher correspondant, traverse la fosse moyenne de ce côté, et va gagner la fosse moyenne du côté droit au-devant du rocher correspondant.

Ce fait me fournit l'occasion de faire l'examen critique du diagnostic des épanchements sanguins du cerveau, tel que les auteurs l'ont établi.

Suivant eux, la présence d'un épanchement de sang dans un hémisphère est caractérisée par l'hémiplégie du côté opposé, et même par une paralysie générale, si l'épanchement est considérable.

Chez le malade dont il est ici question, je devais donc, en consultant les symptômes, conclure à l'absence de caillots sanguins dans la cavité crânienne, puisqu'il n'y avait ni paralysie générale ni hémiplégie. D'un autre côté, l'hémorrhagie par le nez et l'oreille gauche ne me laissait

aucun doute sur l'existence d'un épanchement, et l'autopsie a prouvé que je ne me trompais point.

Il faut donc que le diagnostic, tel que les auteurs l'ont établi, ne soit pas toujours exact, et voici ce que je crois pouvoir établir :

Les corps striés et les couches optiques étant, comme le prouvent quelques faits, les organes qui président aux mouvements des membres, il n'y a que la compression de ces corps qui puisse amener une paralysie des membres.

Un épanchement peut donc occasionner :

1° La paralysie générale, s'il est assez volumineux pour comprimer les corps striés et couches optiques des deux côtés;

2° L'hémiplégie, s'il comprime le corps strié et la couche optique d'un seul hémisphère;

3° La paralysie d'un seul membre, s'il ne comprime qu'un corps strié ou qu'une couche optique;

4° Point de paralysie des membres, s'il ne comprime ni corps strié ni couche optique.

Dans ce dernier cas, comment se traduira-t-il à l'observateur? Il sera caractérisé par la cessation de la fonction ou des fonctions dévolues à la partie ou aux parties comprimées, telles que la perte de la mémoire ou de la parole.....

Corollaires. Si les apoplexies amènent une hémiplégie ou la paralysie d'un seul membre, plus souvent que tout autre symptôme, c'est que l'hémorrhagie se fait, dans le plus grand nombre des cas, au voisinage des corps striés et des couches optiques.

Si les épanchements situés sur la ligne médiane ne causent pas de paralysie dans les membres, comme on l'a si souvent remarqué, c'est qu'ils ne compriment ni corps strié ni couche optique.

QUATRIÈME OBSERVATION.

Chute sur la tête. — Contusion à la région pariétale gauche. — Mort au bout de dix heures. — Epanchement sanguin sur les lobes antérieurs du cerveau.

Le 21 août 1837, nous reçûmes dans les salles de l'Hôtel-Dieu un

ouvrier maçon, âgé d'environ 30 ans, qui avait fait une chute d'un second étage. Voici ce que nous observâmes :

Contusion avec ecchymose à la région pariétale gauche; perte complète de l'intelligence et de la parole; pupilles contractées et immobiles ; mouvement et sensibilité conservés dans les membres; agitation continuelle ; le malade ne peut garder aucune position, il se tourne en tout sens; température de la peau normale; pouls fréquent et assez fort; respiration nette et régulière.

Saignée du bras de ℥ VI répétée toutes les quatre heures. On est obligé d'attacher le malade pour l'empêcher de sortir de son lit.

Quand la troisième saignée fut pratiquée, le pouls était moins fort, et la température de la peau avait baissé, mais non pas au point de contr'indiquer l'émission sanguine. La mort arriva au bout de dix heures ; les membres jouirent de leur sensibilité et de leurs mouvements presque jusqu'au dernier moment.

L'autopsie nous présenta, pour toute lésion de la tête, un épanchement considérable occupant le diamètre transversal du crâne, et situé entre la dure-mère et l'arachnoïde sur la partie moyenne des deux lobes antérieurs du cerveau.

J'ai rapproché cette observation de la précédente, parce qu'elle nous fournit un nouvel exemple d'un épanchement de sang sur le cerveau sans paralysie des membres. La position de cet épanchement loin des corps striés et des couches optiques nous permet d'expliquer cette circonstance.

CINQUIÈME OBSERVATION.

Chute d'un premier étage. — Hémorrhagie par l'oreille gauche et par la bouche. — Mort au bout de vingt heures. — Fracture de la clavicule gauche et des deux premières côtes du même côté. — Épanchement de sang sur le lobe antérieur de l'hémisphère droit du cerveau, avec déchirure de la pulpe cérébrale. — Fracture du rocher gauche et de la fosse antérieure et droite de la base du crâne.

Le 20 octobre 1837, et vers midi, fut apporté à l'Hôtel-Dieu le nommé François Salière, âgé de 37 ans, ouvrier maçon, qui était tombé d'un premier étage. L'élève de garde nota les symptômes suivants :

Plaie superficielle au sommet de la tête; hémorrhagie abondante par l'oreille gauche et la bouche; fracture de la clavicule et des deux premières côtes gauches; mouvement et sensibilité conservés dans les membres; pouls petit et lent; respiration bruyante. (Sinapismes aux extrémités inférieures; potion éthérée, infusion de tilleul.)

Je ne le vis que vers les quatre heures : pouls fort et fréquent; respiration bruyante; il a conservé l'ouïe, la mémoire, toute son intelligence, mais il a perdu l'usage de la parole. Je lui demandai où il souffrait, et pour toute réponse il porta la main droite à la tête et à la clavicule gauche. Interrogé s'il y voyait, et s'il pouvait parler, il fit un signe de tête négatif. Les pupilles sont contractées et immobiles; agitation continuelle. (Saignée du bras de six onces; limonade.)

A huit heures du soir, même état; pouls fréquent, fort et irrégulier. (Saignée du bras de six onces.)

A dix heures, même état. (Troisième saignée.)

Le 21, à sept heures du matin, assoupissement profond; pouls petit; râle des agonisants; sensibilité conservée dans les membres jusqu'à la mort, qui arrive vers les huit heures.

L'autopsie, pratiquée vingt-quatre heures après la mort, offrit les lésions anatomiques ci-dessus énoncées. L'épanchement du sang, dont le volume est assez considérable, s'est fait sur la partie la plus antérieure de l'hémisphère droit du cerveau, laquelle offre aussi une déchirure peu profonde et assez étendue.

Cette observation doit être rapprochée des observations nombreuses de M. Bouillaud, desquelles il a conclu, que la lésion de la partie antérieure du cerveau entraînait la perte de la parole. Plein du souvenir de ces observations, j'avais annoncé, avant l'autopsie, le siége de l'épanchement.

C'est ici le lieu de rapporter un fait semblable, que j'ai recueilli dans la pratique d'un de mes collègues:

Un ouvrier bourrelier reçut, dans une rixe entre compagnons, un coup de crochet, placé à l'extrémité d'une perche, qui fractura le coronal au-dessus de l'orbite gauche et pénétra dans le cerveau. Il

survécut trois jours à sa blessure, et jusques à quelques heures avant sa mort, il ne présenta d'autres symptômes que la perte de la parole. Nous ne pûmes faire l'autopsie, mais nous avions bien constaté pendant la vie, en introduisant le doigt à travers la perte de substance du coronal, que la partie antérieure du cerveau avait été déchirée par l'instrument vulnérant.

SIXIÈME OBSERVATION.

Coup violent porté à la région pariétale droite. — Mort au bout de six mois. — Masse squirrheuse dans l'hémisphère droit du cerveau.

Le nommé C***, âgé de 35 ans, d'une forte constitution, entra dans la salle des fiévreux pendant le mois de septembre 1837.

Nous apprîmes que ce malade avait reçu à la région pariétale droite un coup de barre de fer qui produisit une forte contusion du cuir chevelu. Depuis cet accident qui eut lieu dans le mois de mai de la même année, il est sujet à une douleur violente et presque continue, du côté droit de la tête, et à des accès d'épilepsie qui se renouvellent tous les deux ou trois jours. Il est facile de remarquer qu'il y a chez ce malade affaiblissement notable des facultés intellectuelles, paresse à se mouvoir, et tendance au sommeil.

Le traitement, qui n'a pas été exactement suivi à cause de l'indocilité du malade, a consisté en bains de pied sinapisés, en l'application de deux moxas à la région pariétale droite, et d'un séton à la nuque.

La mort est arrivée dans le mois d'octobre à la suite d'un accès d'épilepsie.

A l'autopsie, pratiquée vingt heures après la mort, nous avons trouvé l'hémisphère droit du cerveau infiltré de sérosité, au point que la substance grise est transparente. En soulevant la base, il se fit une déchirure à la partie postérieure de la substance grise, qui nous conduisit dans une cavité remplie de substance blanche ramollie, diffluente, et au milieu de laquelle étaient cinq petits squirrhes d'environ la grosseur d'une noisette.

Cette observation est très-intéressante. Considérée sous le rapport

de l'anatomie pathologique, elle nous fournit un très-bel exemple de squirrhe du cerveau. Sous le point de vue physiologique, elle confirme cette remarque, faite depuis longues années, que la lésion quelle qu'elle soit d'un organe important, lorsqu'elle s'est lentement développée, est long-temps compatible non seulement avec la vie, mais encore avec l'intégrité ou du moins la conservation des fonctions de cet organe. Sous le point de vue pathologique, elle nous laisse quelques regrets. Etait-il possible, par l'examen le plus attentif des symptômes, de diagnostiquer la lésion organique que l'autopsie nous a révélée ? Nous ne le pensons pas. Il serait même imprudent, si les circonstances dans lesquelles notre malade s'est trouvé venaient à se reproduire, de conclure par analogie à l'existence d'un squirrhe cérébral.

FIN.